



目 录

第一章 绪论	(1)
第一节 急救护理学的形成和发展	(1)
第二节 急救护理学的原则与急救理念	(3)
第三节 急救护理学的范畴	(3)
第四节 急救医疗服务体系	(4)
第五节 急救护理学的学习方法及目的	(5)
第二章 院外急救及护理	(8)
第一节 概述	(8)
第二节 院外急救的基本配置	(11)
第三节 院外急诊救护	(12)
第三章 医院急诊科设置与管理	(18)
第一节 急诊科的任务与设置	(18)
第二节 急诊科护理工作程序	(20)
第三节 急诊科护理工作管理	(23)
第四章 急危重症监护技术	(31)
第一节 重症监护病房	(31)
第二节 急危重症患者的监护	(37)
第三节 常用重症监护技术	(39)
第五章 临床常用急救技术	(46)
第一节 通畅气道术	(46)
第二节 心肺脑复苏术	(57)
第三节 心脏电复律	(69)
第四节 紧急人工心脏起搏	(72)
第五节 动脉、静脉穿刺插管术	(76)
第六节 呼吸机的临床应用	(81)
第七节 抗休克裤的应用	(89)
第八节 洗胃术	(90)
第六章 家庭常用紧急救护	(93)
第一节 概述	(93)
第二节 家庭常用紧急救护	(93)



第七章 中暑、淹溺与触电	(114)
第一节 中暑	(114)
第二节 淹溺	(117)
第三节 触电	(121)
第八章 创伤救护	(125)
第一节 概述	(125)
第二节 多发伤	(127)
第三节 复合伤	(130)
第四节 外伤止血、包扎、固定、搬运	(133)
第九章 急性中毒病人的救护	(145)
第一节 概述	(145)
第二节 常见急性中毒的救护	(153)
第十章 急症救护	(179)
第一节 休克	(179)
第二节 昏迷	(184)
第三节 呼吸困难	(188)
第四节 惊厥	(192)
第五节 急性大咯血	(195)
第六节 急性大呕血	(199)
第十一章 常见临床危象	(204)
第一节 超高热危象	(204)
第二节 高血压危象	(206)
第三节 高血糖危象	(209)
第四节 低血糖危象	(212)
第五节 甲状腺功能亢进危象	(214)
第六节 溶血危象	(217)
第十二章 器官功能衰竭患者的救护	(221)
第一节 急性左心衰竭患者的救护	(221)
第二节 急性呼吸衰竭患者的救护	(226)
第三节 急性肝功能衰竭患者的救护	(231)
第四节 急性肾功能衰竭病人的护理	(235)
第五节 多器官功能障碍综合征患者的护理	(241)
第十三章 急危重症患者的营养支持	(248)
第一节 急危重症患者的代谢特点	(248)
第二节 营养状况的评价	(249)
第三节 营养支持方式	(250)
参考文献	(258)



第一章 绪 论



学习要点

1. 了解急救护理学的形成和发展
2. 熟悉急救护理学的范畴
3. 掌握急救医疗服务体系

急诊与重症监护是一门新生的跨学科的独立学科,是临床护理学科的一个重要分支。近20年来,随着医学科学的进步,也有了长足的进展;在保护生命、减轻伤残、促进健康等方面均发挥了巨大的作用。而急救护理与重症监护技术是急救医学的重要组成部分,无论是在战争年代还是平时时期,急救护理的重要作用都是不可忽视的。随着人类自然寿命延长,生活节奏加快、活动空间扩大、交通工具增多、机械化程度增高以及自然灾害的频繁发生,使各种意外事件和急症也随之明显增加,如何采取有效的现场急救、途中医疗监护及医院的强化救治已变得越来越重要,使急救护理学的范畴也日益扩大,内容更加丰富。



第一节 急救护理学的形成和发展

现代护理急救学起源于19世纪佛罗伦斯·南丁格尔时代。19世纪中叶,英、俄、土耳其在克里米亚交战时,前线战伤的英国士兵的死亡率高达42%以上,出身名门的南丁格尔率领38名护士,冒着生命危险奔赴前线,在炮火连天的阵地上抢救伤员,她们卓有成效的急救与护理,使士兵的死亡率由42%迅速下降到2%,充分体现了急救护理工作救治伤病员中的重要作用,南丁格尔为现代急救护理的发展奠定了一个良好的基石。

急救医学是一门新兴的学科,20世纪50年代以前急救护理发展缓慢,20世纪50年代初期,北欧发生了脊髓灰质炎大流行,许多患者出现了呼吸肌麻痹,不能自主呼吸,需要借助“铁肺”治疗,与之相适应而产生了相应的特殊护理技术,收到了良好的效果,这是世界上最早的用于监护治疗呼吸衰竭病人的“监护病房”。50年代以来,美国将直升机装备用于院前急救。60年代由于电子仪器的蓬勃发展,如电除颤仪、心电示波仪、人工呼吸机、血液透析机的应用,使急救护理技术进入了有抢救设备配合的新阶段,医学理论与实践逐渐深化,护理理论与护理技术更进一步提高。20世纪70年代以后,一些国家组织了急救医疗体系,建立了急救医疗中心,使急救事业呈现出良性快速的发展,急救医学被正式确认为一门独立的学科,急救护理与重症监护也随之成为临床护理学的一个分支。1975年5月,在国际红十字会组织下,在前联邦德国召



开了有关高级保健指导研究的急救医疗会议,提出了急救事业国际化、国际互助和标准化的方针,急救车必要的装备内容、急救电话号码的国际统一及急救情报方面的互相交流等基本建设问题。

我们国家历来重视急救事业和急救知识的普及教育,早在 50 年代初,我国各医院病房普遍将危重患者集中在危重病房,靠近护士办公室,便于护士密切观察病情及护理。70 年代成立了心脏监护病房,随后相继成立了各专科或综合监护病房。1980 年 10 月,卫生部正式颁布了《关于加强城市急救工作的意见》,随后又颁布了《城市医院急诊科建设方案》,北京和重庆已正式成立急救中心,各医院先后成立了急诊科。随着急救护理体系的日益完善,一个装备现代通讯设备的协调中心,可以接受从城市各个方面、各个角度的急诊呼号,然后以最快捷的方式,向离现场最近的急救站发出指令,该急救站可立即奔赴伤病员所在地,进行快速必要的急救护理,将伤病员在密切监测和继续治疗下,送往按指令所规定的医院急诊科分类诊治,极大地提高了伤病员抢救的成功率。

急救护理学是急诊医学的重要组成部分,不少发达国家已把急救护理学列入护理教学计划,其发展呈现出快速、健康的良好态势,无论是在临床研究、专业队伍建设、专业装备和教育培训等方面都取得了很大的发展。1979 年美国医学会正式承认急诊医学是医学科学中的一门独立学科,并成立了国家急诊医学会。中华医学会 1988 年成立了急诊医学分会,标志着急诊医学作为一门独立学科在我国成立。90 年代急诊科被列为等级医院建设的重点科室,为急诊学科的专业化建设注入了实质性的内容,也使得急诊急救事业有了自己的专业人员队伍。其次,急诊急救工作也是一项涉及全社会性的工作,它的发展既有赖于全社会的支持,又影响到社会的方方面面,所以急诊急救事业不仅需要政府部门的关心支持和医疗卫生机构的重视,也需要全社会的共同参与。在发达国家,社会人群急救知识的宣传、教育和培训的普及性都很高。

随着高科技的发展,在救护车上各种现代化治疗、监护设备的应用、重症监护病房(ICU)的建立,为伤病员的救护提供了有利的条件,许多发达国家已实现了陆海空立体的运输方式,保障了伤病员能够得到及时的救治;而现代通讯技术的飞速发展也为急诊救护的传递和指挥带来了极大的便利,有的急救中心通讯指挥系统还安装了最先进的全球卫星定位系统,使伤病员利用现代通讯技术得到最快、最及时的救治。

现代急救工作的一个重要特征就是急救组织的网络化,也就是一套行之有效的急救医疗服务体系,一个国家的急救组织网络,包括两个方面的含义:一个指每个地区应设有一个急救指挥中心和急救中心以及分布合理的救护分站;二是指大中城市应建立三级“接收医院”的急救网络。一级急救网络由社区医院和乡镇卫生院组成,收治一般伤病员;二级急救网络由区、县级医院组成,收治较重的伤病员;三级急救网络由市级以上综合性医院组成,收治病情危重、复杂的伤病员。目前我国大中城市现代化的急救医疗体系已初步形成,但农村和边远地区急救工作还非常薄弱,大多数基层医护人员缺乏相应的急救知识,基层卫生院缺乏必要的急救设备,使很多急危重患者得不到及时有效的院前救护,因此农村的急救医疗体系还有待进一步的完善和提高。



第二节 急救护理学的原则与急救理念

一、急救护理原则

赢得宝贵时机(时效观念)和挽救生命(生命第一原则)是急救护理的两大根本原则。

急救护理学与其他专科不同之处在于,其认识规律与处理原则都紧紧围绕着时效概念和生命第一原则而开展。对健康危机状况的评估、护理、评价都是一种依赖时效的过程,通过护理干预为后续的专科治疗与护理、康复创造条件。

二、急救护理理念

1. 分清轻、重、缓、急。

(1)首先判断病人是否存在危及生命的情况,并立即解除。

(2)优先处理病人目前最紧急、最严重的问题。

(3)重在解除病人痛苦,充分满足病人期望,尽量使之得到最全面和最好的急诊处理。

(4)处理好整体与局部的矛盾。一个生命垂危的病人,为了其血压保持稳定,最好不要随便搬动他,但这可能加重原有的压疮或促成压疮的形成,此时局部要服从整体;然而,当局部的伤病是主要的,并且如不处理就会危及整体,则应先处理局部问题。如对于肝、脾破裂的病人,尽管其全身情况很差,还是应迅速准备送病人进入手术室进行手术探查。

2. 实践上要服从必然、肯定的规律,运用确切、有把握的操作技术 为了提高抢救效率,以往行之有效的方法在同样条件下,应毫不犹豫地运用;似是而非、没有把握的操作最好不要进行,如气管插管没有把握,不应临时试插,耽误时机,而应及时呼叫专业人员进行气管插管或气管切开。

3. 把握好独立与合作的关系 急诊护士要胜任接诊出诊、分诊抢救、重症监护等工作,其独立工作能力要求是很高的,但个人的能力毕竟有限,重症监护室护士遇到病人病情急转直下,需要紧急抢救时,抢救工作一定不仅仅是该床位当班责任护士一个人的事,她除了呼叫医生,同时也应该呼叫其他护士共同进行抢救工作。

4. 将心理护理融会于整个急救急诊护理当中 相对于病房来讲,急诊病人在急诊科停留的时间是短暂的,而急诊病人的心理反应却是客观存在而且是突出的。急诊护士要在短暂的时间里既完成对病人身体不适的改善工作,又要满足病人的心理要求,唯有把心理护理与身体护理结合起来,也就是说,在具体护理过程中,揉进对病人的关怀的尊重,边实施操作边进行解释和安慰,才能收到良好效果。

第三节 急救护理学的范畴

急救护理学的范畴很广,凡在急救工作范围内的各种伤病的救护及有关问题都应属于急救



护理学的范畴,主要包括以下几个方面:

一、院前救护

院前救护是指急危重症患者进入医院前的紧急医疗救护,包括出事地点的现场急救和向医院转送过程中的途中急救。现代医学研究证实,人脑所能耐受的循环停止临界限一般为4~6min,如果心脏停搏在3~4min内未得到及时有效的基础生命支持,将不可避免地发生永久性损害,大量实践证明,4min开始复苏者可能有50%的人存活,4~6min开始复苏者可能有40%的人存活;10min以上者100%不能存活。因此,抢救死亡患者的最佳时间是5min;抢救严重多发伤患者的最佳时间为30min内,因此,院前急救的时限与生命的逆转密切相关。所以,院前急救需要得到全社会的重视、支持和参与,需要在全社会中大力推广普及现场急救知识,增强公民的自我保护意识,掌握自救及互救技术,否则即使医生的医术再高、医院的设备再精良,患者也难以起死回生。

二、急诊科救护

急诊科救护是指医院急诊科的医护人员接到急诊患者后,对患者采取的抢救治疗和护理,并根据其病情变化,对患者适时做出收住相应专科病房或进入重症监护病房(ICU)进行救护的决定。

三、危重病救护

危重病救护是指受过专门培训的医护人员,在配备有各种先进的监护设备和救治设备的ICU内,对来自院内外的各种危重病患者进行全面的监护与治疗,包括:①急危重症患者的监护与护理;②重症监护技术;③重症监护病房的建设与管理。

四、灾难救护

主要是指各种灾难事件所致人员伤害的救护。在平时应做好应急的各种救护准备,一旦灾难发生,应立即组织人员赶赴现场。紧急救护应做好下列准备工作:①寻找并救护伤病员;②检伤分类;③现场急救;④运输和疏散伤病员。

五、急救护理人才的培训和科学研究

急救护理人员的技术业务培训工作是急救护理学发展的重要环节。首先要组织现有护理人员学习急诊医学和急救护理学,有计划地开展急救护理学知识讲座、技能培训、开展急救护理学的科学研究与学术交流,使急救护理学的教学、科研、实践紧密结合,加快人才培养,提高专业知识水平,促进急救护理学的发展。

第四节 急救医疗服务体系

急诊医疗服务体系是将院前急救、急诊科救护、重症监护病房的救护连成一体,组成一个具有严密组织和统一指挥系统的完整急救网络体系。它包括完善的通信指挥系统;现代化的现场



救护设施;高水平的医院急诊服务;设备齐全的重症监护病房。

一、建立健全急救组织网络

城市医疗救护网是在城市各级卫生行政部门和所在单位直接统一领导下,实施急救的专业组织。医疗救护网承担现场急救和途中护送,以及包括医院急诊抢救的全过程,主要包括:

1. 院前急救通信网络 通信是院前急救的主要内容之一。目前我国设置了全国统一号码为120的急救电话,城市的主要医疗机构还设立有急救专线电话,以确保在紧急情况下通信随时畅通,随叫随到;其次利用通讯卫星或无线电通讯系统进行通讯联络,定位准确,而且快速灵活,便于调度指挥。

2. 院前急救运输工具 多数急救运输工具以救护车为主,也可根据不同地区的地理、气候及物质条件发展急救直升机或快艇;在紧急情况下,有关部位应向具有快速运输工具的单位和部队提出呼救请求援助,而各部门都应积极回应予以支援。各级政府和急救医疗指挥部门在紧急情况下,有权调用本地区各部门和个体运输工具,执行临时性急救运送任务。

3. 院前急救人员的组成 院前急救人员一般由城市急救医疗单位人员组成。急救人员要具有较丰富的临床经验和扎实的基本功,须经过专门的急救培训,具有独立操作能力。急救人员以急诊科、内科、外科医生和护士为主。

4. 社会参与 急诊救护离不开社会的支持。要广泛利用社区医疗服务、电台、电视等宣传工具,积极普及急救知识。如开辟绿色救护通道,广泛开展群众性卫生救护训练,如心肺复苏术、简单的止血包扎、骨折固定、搬运等处理方法,在专业人员未到达现场前能正确及时地进行自救和互救。

5. 现场急救与转运 详见第二章“现场救护”、“途中监护”。

6. 重症病房监护 是集中收治危重病患者的医疗单位,在重症监护病房中进行全面系统的检查治疗及护理,以最大限度地保证病人的生命安全,提高抢救成功率。

二、急救医疗体系的管理

急危重症伤病员能否得到及时有效的救护,不仅取决于技术问题,更主要的还取决于能否在较短的时间内获得救治的保证。因此,各级政府在切实加强急诊医疗服务体系的领导和管理,根据本地区的实际情况,将城乡急救医疗事业纳入当地社会发展规划,并组织卫生、公安、交通、通讯等部门,共同协作,各尽其责,把各项抢救工作落到实处,真正体现出“时间就是生命”,使急救护理工作达到一个更新、更高的水平。

第五节 急救护理学的学习方法及目的

一、学习急救护理学的意义

(一)有助于护士适应现代社会及医学、护理学发展的需要

现代社会工业及交通事业的发达使创伤事故增多,同时电信业发达也使得病人在院外发病



或受伤需立即救护的要求有实现的可能。这样,就对护理工作相应的提出了具体要求,急救护理学是现代护士的必修课。

(二)有助于强化护士急诊、急救意识

通过对常见急症症状体征的学习,培养护士准确的判断能力及良好的应急反应能力。

(三)有助于护士掌握急诊知识及技能

该课程将现代医学理论与实践经验结合起来,有助于护士在紧急情况下对病人及时、准确地实施身心整体救治和监护。

(四)有助于培养护士对基础护理知识和各专科知识、理论的综合运用

急救护理实际上是基础护理(如给氧、吸痰、测量生命体征等)及各专科知识技能在特定场合和特殊要求(如时间紧迫)下的综合运用。急救护理学将之融会在一起,形成具急诊特色的专科课程,有助于加深对理论知识与技术之间的内在规律性的认识。

(五)有助于护士在运用护理技术上建立整体护理观念和科学的思维方式

急救护理学是一门实用性很强的学科。为了更快捷地对病人做出反应,急救护理学将常见急症的救护总结为程序,便于护士理解与掌握;同时,将“以病人为中心”贯彻到程序始终,重视对病人实行心理护理,有助于护士在更高层次上为病人服务。

二、学习急救护理学的目的

学习急救护理学课程,一是为了提高护士急救意识和急救技术水平,以降低病死率,减少残疾,促进病人康复;二是为了培养新型的急诊护理后备军,使之实现知识、技能、态度的完整统一,提高学生的适应与应变能力。

(一)树立良好的职业道德和行为规范

自觉运用护理伦理学来规范自己的言行和实践,牢固树立“时间就是生命”的观念,想病人之所想,急病人之所急,保证抢救工作的质量和效率。

(二)熟练掌握各项急救技术的基本理论和操作技能

如:基础复苏(即通常所说现场急救技术、心肺复苏术)、高级生命支持(即现场急救之后的后续治疗护理)和持续生命支持。掌握急救技术的适应证、禁忌证、正确的操作步骤及其注意事项。

(三)掌握常用急救药物的作用机制、使用剂量和常见副作用、使用注意事项和观察要点。

(四)掌握常见急症的病因、症状、体征及其基本处理与护理。

(五)掌握临床医学基本知识 包括熟悉化验、放射及各种常见检查项目,以便为病人提供咨询及配合医生治疗并为护理措施提供依据。

三、学习急救护理学的方法

(一)温故而知新

学习急救护理学,必须回溯到护理学基础及内科护理等各专科护理当中,并将它们重新联



系、统一到急诊急救的特殊情境之下,获得一个清晰的印象,这样才能在实际运用时做到游刃有余,适应急诊急救“急”的特点。

(二)理论结合实践

学习急救护理学还要在对理论、知识的温故知新的基础上,善于将基础理论与实践结合起来,使二者互相促进。要在示教室反复练习急救技术操作,在抢救中才能应付自如。要积极参加抢救,仔细观察病人症状、体征、心理变化,观察病人对药物和抢救术的反应,认真总结成功的经验和失败的教训,坚持思考在抢救中遇到的各种问题,培养并逐步提高分析问题的能力。

(三)善于学习新知识

急救与人的生命息息相关,是受到高度关注的学科。正因为如此,急救的许多观点经常在变,同时有许多新理论、新技术、新仪器设备、新的药物应用到急救中来,以便尽可能地挽救病人的生命、减少残疾发生。所以作为一名护士,要注意新信息、新知识、新动态,才能适应发展需要。

(四)强调记忆

急救讲求效率,“急”字当头,不允许在病人生命垂危之际再去翻书,一些常用的数、关键的知识要点必须下苦功记忆。



思考题

一、名词解释

1. 急救护理学
2. 院前急救

二、简答题

1. 简述急救护理学的范畴?
2. 简述急诊医疗服务体系的内容?
3. 简述危重病人救护的主要内容?
4. 急救护理学的概念是什么?
5. 急救护理学有什么特点?
6. 急救护理的范围和任务有哪些?
7. 急救护理的最主要原则是什么?
8. 在急救护理过程中应遵循什么急救理念?



第二章 院外急救及护理



学习要点

1. 了解院外急救的性质、特点及急救组织体系。
2. 熟悉院外急救任务。
3. 重点掌握院外急救原则、现场评估、救护转运与途中监护。



第一节 概述

一、院外急救的性质

是指急危重症伤病员进入医院前的医疗救护。包括患者发生伤病现场对医疗救护的呼救、现场救护、途中监护和运送等环节。快速有效的院外急救,对于维持患者的生命、防止再损伤、减轻患者的痛苦,为进一步诊治创造条件,提高抢救成功率,减少致残率,均具有极其重要的意义。院前救护是否完善和健全,是衡量一个城市乃至一个国家的急救医疗反应能力和急救医学水平的重要标志。

二、院外急救的特点

1. 时间紧急 急危重症病人病情危重,在救护时必须体现“时间就是生命”的观念,紧急处理,刻不容缓。现代医学告诉我们,猝死病人抢救的最佳时间是5分钟,严重创伤伤员抢救的黄金时间是30分钟。如果没有院外急救争取到这关键的几分钟,医院内设备再好,医生的医术再高明,病人也难以起死回生。

2. 社会性、随机性强 院外急救活动涉及社会的方方面面,使院外救护跨越了纯粹的医学领域,这就是其社会性的一面,而随机性强主要表现在不知患者何时呼救,重大灾害或事故何时发生。

3. 病种多样复杂 呼救的病人涉及各科,而且是未经筛选的急症和急重症患者,这就需要有丰富的医学知识、过硬的技术才能完成急诊救护的任务。

4. 流动性大 救护车一般平时在某一区域活动,而急救地点可以分散在区域内每个角落。遇有特殊需求,如突发的灾害事故,可能会超越行政医疗区域分管范围,到邻近的省、市进行救护。

5. 急救环境条件差 现场救护环境大多比较差,如急救人员、设备均受限制,地方狭小难以



操作,光线暗淡而不能分辨,马路街头,围观人群拥挤,患者病史不详,缺乏客观资料,运送过程中救护车的震动声和马达的噪音、路途的颠簸常常影响检查治疗工作。

6. 以对症治疗为主 院外急救因无充足的时间和良好的条件作鉴别诊断,要明确治疗非常困难,只能以对症治疗为主。

7. 对救护人员要求高 院外救护既要求救护人员具有良好的专业技能,又要有良好的身体素质。在救护患者中,因患者病情危重及救护工作劳动强度大,医生护士既是抢救技术人员,又同时是担架员,这就要求医护人员必须有熟练的技术和健康的体魄,才能胜任救护工作。

三、院外急救的任务

院外急救的任务是及时采取有效的急救措施和技术,最大限度地减轻伤员的疾苦、降低致残率、减少死亡率,为下一步的救治打下良好的基础,其主要任务有以下几个方面:

1. 平时对呼救患者的救护 这是主要和经常性的任务。负责院外急救的工作人员接到患者的紧急呼救后应立即通知有关部门,医护人员立即携带必需的医疗器械在指挥中心的指挥下和救护车以最快的速度赶赴现场,对患者进行救治并安全的转送到医院。

2. 突发灾害或战争时的救护 当遇到特大灾害(如洪水、火灾、交通事故)或因战争有大批伤员时,应结合实际情况在指挥中心的指挥下执行有关抢救预案,无抢救预案时应加强现场指挥,对伤病员迅速检伤、分类和现场救护,做到合理分流运送。

3. 特殊任务的救护值班 指当地举行的大型集会、游行、重要会议、国际比赛、外国元首的来访等救护值班。可设立临时急救站,值班时要加强责任心,严防擅离职守。若有意外伤害病员时,可按上述两条处理。

4. 救护知识的普及教育 平时利用广播、电视、报刊网络对公众普及急救知识,开展现场急救及心肺复苏的教育,以提高民众的急救知识和救护能力,提高急救抢救的成功率。

四、院外急救的形式与设置原则

院外急救是采取及时有效的急救措施和技术,最大限度地减少伤病员的痛苦,降低致残率,减少死亡率。因此必须做到以下原则:

1. 先复苏后固定 是指遇有心搏呼吸骤停又有骨折的伤病员,应首先进行心肺复苏术使心肺复苏,再进行骨折固定的原则。

2. 先止血后包扎 是指遇有大出血又有创口者时,首先立即用指压、止血带或药物等方法止血,然后再消毒创口进行包扎的原则。

3. 先重伤后轻伤 指同时有危重和较轻的伤病员时,应优先抢救危重者后抢救较轻的伤病员。

4. 先救治后运送 指在遇到生命垂危的病人时,应争分夺秒抢救危重病员,待病情稍稳定后再运送。在运送的途中,也不能停止对病人的抢救,继续观察病情变化,直至到达目的地。

5. 急救与呼救并重 在遇有大批伤病员,又有多人在场的情况下,要紧张而镇静的分工合作一方面急救,另一方面呼救外援。



6. 搬运与送护的一致性 医护急救和搬运应在任务要求一致,协调一致,完成任务的指标一致的情况下进行搬运,以更好的争取抢救时间,避免搬运与医护工作因协调,配合不够而影响抢救时间。

五、院外急救组织体系

目前全球范围内的许多国家都有完善的院外急救体系,尽管形式上有差异,但目的与任务都是相同的,大体可划分为英美模式、法德模式和中国模式三种。

(一)英美模式体系

主要救护模式是“把病人送到医院”,从而得到更好的治疗护理。这种模式是救护开始于来到医院之前,由有关专业人员进行现场对症救护,到医院急诊科后由医生等相关人员进一步急诊治疗。目前采用此模式的国家和地区包括加拿大、美国、爱尔兰、英国、澳大利亚、日本、新西兰、菲律宾、韩国等国家。

(二)法德模式体系

主要抢救模式是“把医院带到病人家中”。即送医生和技术到现场。在病人到达医院前提供高水平的医疗救护,主要进行现场急救,然后现场分类后直接送进病房。目前采用此模式的国家和地区有比利时、奥地利、挪威、芬兰、德国、葡萄牙、俄罗斯、瑞士、瑞典、法国等国家。

(三)中国模式体系

我国由于幅员辽阔,各地的经济实力、城市规模、急救意识、服务区域差异较大,以及受传统急救模式的影响,各地在设立院前急救医疗结构时,所采取的模式有所不同,大致可分为上海模式、北京模式、广州模式和重庆模式。但实质而言只是存在组织形式上的差异,总体上仍近似于英美模式。而且,中国院前急救服务普遍配备医护人员随车,在对病人诊治、救治上与英美相比更有利。

(四)工作程序

1. 院外救护的指挥权归“急救指挥中心”。急救患者或伤者或任何人都可以在任何一部电话上拨打免费急救专线“120”向急救中心呼救,简要说明患者姓名、性别、年龄、病情、住址或所处方位、接车人及地点、联系电话。中心值班人员写好电话记录后,立即判断作出何种急救反应,根据情况向离现场最近的综合医院发出指令,指示其派出人员及车辆。

2. 医院急诊科接到指令后,救护车必须在3分钟内开出医院,如呼救范围在5~10千米之内,10~15分钟内必须到达现场,在现场医护人员紧密配合迅速对患者进行初步诊断和处理,而且病情允许,马上将患者送往附近医院,如救护现场是成批患者,应首先进行现场宏观检查,排除危险因素,立即向急救指挥中心报告情况,根据患者不同伤情及部位,进行检伤分类,并迅速分散转运。



第二节 院外急救的基本配置

一、急救包

急救包是急救人员进行急救工作所不可缺少的工具。急救包装备要以最小的容量装入必要的器材和药品。一般配备的急救包有四种,即常用急救包、外科急救包、产科急救包、中毒急救包。根据急救的病种不同,急救包内盛放的物品亦可有所侧重。

1. 常用急救包 配置以内科为主。

(1)器材 听诊器、血压计、体温表、舌钳、压舌板、开口器、氧气面罩或鼻塞、口咽通气管、叩诊锤、手电筒、止血带、注射器 5ml、10ml、50ml 若干,各种腹穿、胸穿和心内注射长针头,剪子、镊子、酒精、碘酒、碘伏各一小瓶,消毒敷料、棉花各一小盒,胶布、绷带若干。

(2)急救药品 各种急救药品根据需要可备 3~5 支,比较常用的急救药品可备 5~7 支,并在盒外标以醒目的标志,以便随手可取,常用的急救药品有:

- 1)中枢神经兴奋剂 尼可刹米、山梗菜碱、佳苏仑等。
- 2)强心药物 地高辛、西地兰、毒毛旋花子甙 K。
- 3)拟肾上腺素药 肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、异丙肾上腺素。
- 4)血管扩张剂 硝普钠、硝酸甘油、罂粟碱、酚妥拉明。
- 5)抗心律失常药物 利多卡因、溴苄胺、慢心律。
- 6)利尿剂 双氢克尿噻、呋塞米。
- 7)激素类 地塞米松、垂体后叶素。
- 8)抗胆碱药 阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱。
- 9)镇痛、镇静药 哌替啶、吗啡、苯巴比妥、地西洋、氯丙嗪、水合氯全。
- 10)解毒剂 纳洛酮、氯磷啶、解磷注射液、美蓝。
- 11)止血药 止血敏、立止血、维生素 K₁。
- 12)其他 50%葡萄糖、5%碳酸氢钠、10%葡萄糖酸钙、注射用水等。

2. 外科急救包 外科急救包配备的器材和药物能够进行现场一般性开放性外伤进行初步清创处理、止血缝合、包扎伤口、固定骨折,为入院后的进一步救治打下基础。

(1)器械:包括常用急救包的器械和外科专用器械。外科专用器械包括消毒后的止血钳大小若干把,刀片、缝针、缝线若干,弯盘两个。

(2)辅料类:绷带,消毒后的大小纱布块、三角巾、方巾、洞巾、棉球、油砂条、手套等。

(3)药品:常用皮肤消毒药。酒精、碘伏、弱酸、弱碱液体、生理盐水、麻醉药品如利多卡因、普鲁卡因等。

3. 产科急救包 胎心听诊器一个,骨盆测量器一个,消毒后的弯盘、剪刀、血管钳、持针器、头皮牵引器、手套、缝合针、纱布、绷带等。药品要增加垂体后叶素、催产素等。



二、急救箱

急救箱能够盛放较多的医疗器材和急救药品,可按顺序排放固定,便于寻找,不易损坏,能够适用多种危重症抢救,亦可用于各种现场的抢救。可根据需要制成大小不同的急救箱。

三、救护车内的装备

担架、氧气、输液装备、吸引器、各种液体、气管插管包、气管切开包、简易呼吸器、心电图机、心脏除颤监护仪等。

第三节 院外急诊救护

一、现场评估

(一)现场评估的方法

为确保抢救工作及时、准确、有效,救护人员到达现场后,要迅速为患者进行初步诊断和处理,其主要内容为病情评估。这对于因创伤所致的昏迷患者,从外观上不能确定损伤部位和伤情程度时尤为重要。其评估方法主要有:

1. 询问病史 通过询问患者、目击者或家属可以了解事情发生经过。病史的询问简明扼要,有针对性,以了解患者病情最关键点,如有可能,应在现场寻找药瓶或血迹等,以便协助明确诊断。

2. 症状 症状是指患者的主观感觉与体会,包括疼痛、麻木、眩晕、胸痛、腰痛、恶心、抽搐等。

3. 体格检查 应迅速进行全面的常规检查,对急危重症患者的检查要突出重点。方法为视、触、叩、听、嗅等物理检查,尤其侧重对生命体征变化的观察。检查是否有严重的出血或体液流失,观察躯体是否存在肿胀或畸形,观察语言的表达能力及患者对伤情或症状的耐受程度,及时发现危及生命的主要问题,应特别强调边评估边救治的原则。

(二)现场评估的程序

急危重症患者的病情多种多样,很难制定统一的评估程序,但最主要的是能在最短时间内找出可危及患者生命的问题。为了便于记忆,可使用 ABCDE 程序,但这些程序可同时进行。

1. A(airway)气道 检查患者气道是否通畅有无舌后坠堵塞喉头、口腔内有无异物、血液分泌物等,此时应首先托起下颌使舌根上抬,清除分泌物、异物及积血。

2. B(breathing)呼吸 观察患者的呼吸,注意其频率和节律有无改变,有无呼吸困难。

3. C(circulation)循环 检查患者脉搏的频率是否规则、有力、口音是否响亮、血压是否正常。特别是有无心脏骤停。如有应立即进行心肺复苏。

4. D(decision)决定 根据呼吸、循环所做出的初步检查,迅速对患者的基本情况做出评估,并决定先进行哪项紧急抢救措施。



5. E(examination)检查 为了防止重要生命体征的漏诊,国内外提倡采用“CRASHPLAN”方法即:C(circulation,心脏及循环系统),R(respiration,胸部及呼吸系统),A(abdomen,腹部脏器),S(spine,脊柱脊髓),H(head,颅脑),P(pelvis,骨盆),L(limbs,四肢),A(arteries,周围动脉),N(nerves,周围神经)。

现场评估应迅速而准确,这就要求评估者要有丰富的救护经验及扎实的基本功,但决不能因为评估而延误患者的抢救时机,通过评估检查,一般可将患者分为三种情况:①轻症患者:患者清醒,检查时能够配合并反应灵敏。②中度患者:对检查有反应,但不灵敏,有轻度意识障碍,反应微弱者,可能已进入昏迷状态。③重症患者:对检查完全无反应,意识丧失,随时有生命危险。

二、现场救护

现场救护的目的是抢救生命、安全转运。当灾害发生后,伤员数量大,伤情复杂,危重伤员多,急救和护送常出现尖锐的四大矛盾:即急救技术力量不足与伤员需要抢救的矛盾,重伤员与轻伤员都需要急救的矛盾;轻重伤员都需要护送的矛盾;急救物资短缺与需求量大的矛盾。解决这些矛盾的方法就是对伤病员进行分类。做好伤病员的分类工作,可以充分发挥人力、物力的作用,使需要得到救治的重、轻伤病员各得其所,使救护和运送工作有条不紊的进行,从而达到提高工作效率,提高伤病员的存活率和降低病死率的目的。

(一)现场伤病员的分类要求

1. 若有3人以上同时受伤或中毒,称为成批病人,这时应边抢救边分类。
2. 分类工作应先派受过训练、经验丰富、有组织能力的医护人员来担任。
3. 伤病员分类依据应先危后重,然后再是轻伤员的原则。
4. 伤病员的分类应快速、准确、无误。

(二)现场伤病员分检的判断与评估

现场伤员分类应首先根据伤病员的伤情来评估。对于极度痛苦或病情危重的病人,每个伤病员的评估应在短时间内完成(一般1~2分钟)。其他应根据病情、症状、体征进行侧重点不同的体检。

1. 对生命体征等的测量与观察 主要是对神志、瞳孔、呼吸、脉搏、血压、体温的观察和测量。

(1)判断患者的意识状态:清醒、嗜睡、浅昏迷、深昏迷,观察瞳孔的大小及对光反射是否正常,有无压眶或角膜反射。瞳孔不等大说明患者可能存在颅脑损伤,双侧瞳孔缩小或散大与中毒或意识丧失有直接关系,有时意味着患者心跳可能已经停止。

(2)判断呼吸:观察呼吸的频率、节律是否正常,用视、听来判定。视:是通过观察胸廓的起伏,或用棉花毛巾在伤病员鼻翼上,观察是否有摆动,如有吸气时胸廓上提,呼气时胸廓下降或棉花毛有摆动即说明呼吸存在,反之呼吸停止。听:是侧头用耳廓尽量接近伤病员的鼻部听是否有气体交换,并在听的同时,感觉患者是否有气流呼出,如能听到或感觉到有气体交换或气流



感,说明患者呼吸存在,反之呼吸停止。

(3)判断脉搏、血压:用触摸、测量来检查。触摸:成人通过触摸桡动脉或颈动脉判断有无搏动及强弱,婴幼儿可触摸颈动脉或腹股沟动脉判断有无搏动及强弱。如触不到桡动脉搏动,提示收缩压降至 80mmHg 以下,如触不到颈动脉搏动,提示收缩压下降至 70mmHg 以下。测量:可用血压计测量伤病员血压是否正常、过高或过低。

(4)体温:如必要可用体温计直接测量腋下温度。如不必须或无条件使用体温计,应观察或触摸患者肢体末梢循环血供情况,有无皮肤湿冷、发凉、发绀或出现。肢端冰凉或皮肤花纹出现等说明微循环不良,是休克的主要表现之一。

根据以上四点,先可确定是否对患者采取急救复苏措施。

2. 全面检查 主要根据病情对患者头、颈、胸、腹、骨盆、脊柱及四肢进行检查,在检查中要充分暴露患者身体各部位,迅速检伤,以便及早发现和及时处理是否有直接危及患者生命的症状和体征。

(1)体表:检查患者体表有无出血,如有出血应立即止血。

(2)头颈部:要触摸患者头皮,颅骨和面部,是否有损伤和骨折。检查耳、鼻有无出血或液体流出。观察眼球活动是否正常,有无结膜出血、角膜异物等。观察口唇有无发绀、口腔内有无呕吐物、血液、异物或脱落牙齿。如发现有牙齿松脱或安装有假牙要及时清除。检查颈部有无损伤出血、强直,注意有无颈椎损伤。

(3)胸部:检查胸部有无开放性伤口及肋骨骨折。观察呼吸状态,吸气时双侧胸廓是否对称。询问是否存在胸痛及疼痛的程度。

(4)腹部:检查腹部有无创伤,膨隆、腹壁有无压痛、肌紧张及反跳痛。

(5)脊柱及骨盆:对于创伤患者,在未确定是否存在脊髓损伤的情况下,不可盲目改变患者体位。应先用手平伸向患者后背,自上向下触摸,检查有无肿胀成形状异常。骨盆检查:可用双手分别放在患者髋骨两侧,轻轻施加压力,检查骨盆有无疼痛和骨折。如确定患者无脊髓损伤或非创伤急症,但神志不清楚,应把患者放置“侧卧位”,这种体位能使患者被动放松并保持气道通畅。

(6)四肢:检查上臂、前臂及手部有无异常形态、肿胀或压痛。如患者神志清醒,可以配合,可让他活动手指及前臂,检查推力和皮肤感觉,并注意肢端、甲床血液循环情况。下肢:用双手在患者双下肢同时进行检查,看有无变形或肿胀,两侧相互对照,但不要抬起患者的下肢。同时,检查足背动脉的搏动情况。

上述检查应迅速而轻柔,不同病因患者检查的侧重点不同,这有赖检查者的经验和选择,检查中,要随时处理直接危及生命的症状和体征。

(三)现场伤病员急救的标志。

对现场伤病员的急救标志:常用彩色笔或胶布在患者前额标记数字以示病情和数量,或用彩色标牌置于患者胸部前、手腕等易见处。

第Ⅰ急救区——红色:病情严重、危及生命者。

第Ⅱ急救区——黄色:严重但无危及生命者。



第Ⅲ急救区——绿色:受伤较轻,可行走者。

第Ⅳ急救区——黑色:已死亡者。

蓝色可与上述颜色同时加用,表示病人已被污染,包括放射污染和传染病污染。

(四)现场急救区的划分

在现场有大批伤员时,为了使抢救工作有条不紊,一般将急救现场划分为四个区。

1. 收容区 伤病员集中区,在此区给伤病员挂上分类标牌,并提供必要的紧急复苏等抢救工作。

2. 急救区 用来接受红色和黄色标志和危重病人,并在此做进一步的抢救工作。

3. 后送区 用来接受能自己行步或较轻的伤病员。

4. 太平区 停放已死亡者。

(五)现场救护常用急救技术

在进行初步体检后,护士应遵医嘱,配合医生对患者实施救护措施,这些救护措施的实施可穿插在评估和体检的过程中。

1. 协助患者采取正确的体位 对意识丧失者,应将头偏向一侧,防止舌后坠或呕吐物阻塞呼吸道引起窒息。对需进行心肺复苏者,在其身体下垫硬木板或让患者仰卧在坚实的平面上,开放气道应取去枕平卧位,头向后仰,可将下颌前移使舌体抬高,以利人工呼吸。对于一般重症患者,根据病情取合适的体位,如屈膝侧卧位、半卧位、平卧位、半坐卧位等。

2. 维持呼吸系统功能 首先要保持呼吸道通畅。窒息者要注意清除口、咽喉部和气管内的异物及痰液;昏迷者要防止舌后坠,用口咽管通气或用舌钳牵出固定;对呼吸停止者建立人工气道,行人工呼吸,如气管内插管、应用简易人工呼吸器,环甲膜穿刺等。缺氧者给予及时有效的氧气吸入。对张力性气胸患者,行穿刺抽气,亦可安置闭式胸腔引流,减轻呼吸困难;对开放性气胸者,应密封包扎伤口。

3. 维持循环系统功能 对心跳、呼吸骤停者,应立即行胸外心脏按压术。有条件时,应及时进行心脏电除颤、心电监护及药物治疗。

4. 建立有效的静脉通道 迅速建立有效的静脉通道,维持有效循环血量和保证抢救治疗药物及时进入体内。静脉输液最好选用静脉留置针,可保证液体药物快速、通畅的输注。对急危重患者,可同时建立两条静脉通路。

5. 外伤的处理 对于各种外伤,可针对性地采取相应的止血、包扎固定等措施。

6. 对症处理 对于各种急性症状,可采取相应的降温、止痛、止咳、止喘、解痉、止血、引流、解毒等救护措施。

7. 维持中枢神经系统功能 在现场急救实施基础生命支持时,即开始注意脑复苏。防止脑水肿,降低颅内压是脑复苏的重要措施。因此,应及早头部降温,以提高脑细胞对缺氧的耐受性,可采用冷敷、冰帽、酒精擦浴、冰袋等降温措施,降低颅压可选用脱水剂。

三、转运及途中监护

对患者进行了现场初步急救护理后,应快速安全的将伤病员运送到医院或救护站进行专科



护理,对减少伤残率至关重要。

(一)搬运、转运伤病员的要求

1. 对伤病员先做初步处理,然后再搬动伤病员。
2. 按受伤情况和环境条件选用最恰当的搬运方法。
3. 在人员、器材准备妥当时再搬运伤病员。
4. 在搬运过程中要随时观察伤病员的受伤部位及病情变化,并进行及时的处理。
5. 做好交接工作,要及时、准确地告诉接收伤病员的医务人员,如途中有无昏迷、呕吐、出血、及止血带的使用情况,保证病人治疗及护理的连续性,同时要及时准确填写急诊出诊护理记录单。

(二)转运途中常见的搬运方法

详见第八章“创伤救护”。

(三)转运途中的监护

转运伤员所用的工具很多,应根据不同的转运方式采取不同的护理措施。

1. 汽车转运伤病员的护理 汽车转运伤员具有快速、机动、方便等特点,是转运伤病员重要的运输工具之一,常用的有救护车、客车、卡车等。但易受气候条件的影响,特别是汽车在不平的山路、土路上行驶,颠簸较严重,难以在行驶中实行抢救。此外,部分伤病员易发生晕车、恶心、呕吐而加重病情,给护理工作增加一定的难度。

2. 汽车转运中的护理要求

(1)合理安排车辆:急危重症患者应使用救护车,以方便在途中输液、吸氧等;轻伤员可用大客车或大卡车运送。

(2)对于转运途中有生命危险的伤员:如大出血未止者、骨折固定不确定者、休克纠正、体温、脉搏、血压等生命体征尚不稳定者,应暂缓用汽车长途转运。

(3)体位:根据病情选择合适的体位。一般重伤员均可取仰卧位;胸部外伤合并呼吸困难者,可取半卧位并给予吸氧;颅脑损伤和呕吐患者应头偏向一侧,以免呕吐物堵塞气道引起窒息。

(4)严密观察病情:要加强责任心,及时观察患者的生命体征,注意呕吐物,分泌物的颜色,伤口敷料浸染的程度,发现异常及时处理。

3. 列车转运大批伤病员的护理 当大批伤员转运时,急危重症患者必须重点观察护理,应注意以下几点:

(1)对特殊或重伤员应做出明显标志 如出血、昏迷、截瘫等危重伤病员,以便作为重点观察护理对象。

(2)要做到四勤(勤查体、勤询问、勤处理、勤巡回),才能发现病情变化并给予相应的处理。

(3)全面观察、重点监护 列车在运行中,医护人员对患者生命体征观察,可采用一看、二摸、三听的方法,以便及时发现伤情的变化。一看:就是看病员的脸色、表情、姿势、呼吸的深浅度是否正常。二摸:医护人员用的触摸伤员的皮肤、温度、湿度、脉搏的强弱是否正常。三听:听伤员



有无呻吟、哮喘、咳嗽,氧气不足,肺部有无干、湿罗音、喘鸣音,心律是否整齐,肠鸣音是否正常。如伤病员由原来的呻吟不止逐渐变成安静时,要高度警惕病情恶化。

(4)确保各种管道通畅 急重伤病员因病情需要常常有输液管、气管插管、吸氧管、胃肠减压管、导尿管及胸腔、腹腔引流管等。当伤员烦躁或列车晃动时,这些导管极易脱出、移位、扭曲、阻塞。为确保管道通畅应做到:①加强固定,在搬运前用胶布、缝线、绷带、纱布等固定牢固;②各种引流管要留有一定的长度,以方便站立和左右翻身;③定时抽吸,以防止引流物形成凝块阻塞管道;④加强无菌操作,保持管道清洁,导管外口要覆盖无菌纱布或罩单;脱出的导管不经消毒处理禁止随意插入,以免感染。

(5)体位 根据病情保持伤员合适的体位,尽量减少伤病员的痛苦。

(6)做好急危重伤病员的生活护理 对昏迷、瘫痪和其他重伤员,除积极治疗伤病外还应做好生活护理。如做好口腔护理,定时翻身拍背,防止压疮和感染,及时更换污染的被褥,保持车厢内的清洁,以减少传染病的发生。

4. 飞机转运伤病员的护理

(1)飞机转运伤病员的特点:飞机转运伤病员具有速度快、效率高、平稳舒适,且不受道路、地形的影响,可将危重伤病员迅速转运到医院救治。但不足之处是随着飞行高度的上升,空气中的含氧量逐渐减少,氧分压下降,对心肺功能不全患者会加重病情;飞机上升和下降时气压的变化,会使开放性气胸的患者纵膈摆动,加重呼吸困难,腹部外伤的伤员引起或加重腹部胀气、疼痛,甚至伤口裂开;飞机的噪音、振动、颠簸亦可引起伤员晕机、烦躁、恶心、呕吐等。

(2)飞机转运伤员的护理要点:①伤病员在飞机中摆放的位置:大型运输机,伤员可横放两排,中间为过道,便于医护人员巡视及治疗。休克患者因血压低,头部应朝向机尾,以免飞行中引起脑缺氧。②高空中温度、湿度较低,气管切开、插管的患者应配合雾化器、加湿器等,保持其空气湿润,定时向气管内滴入1~2ml等渗无菌生理盐水加抗生素,以保持清洁湿润。对气管插管的气囊,在空运中为避免气压降低引起膨胀,压迫气管粘膜造成缺血性坏死,气囊内空气注入量应适当减少,待飞机着陆后再适当补充。③头部、面部外伤波及中耳及鼻旁窦时,空气可由此进入颅脑,引起颅内压升高,可在鼻道内滴入麻黄碱或肾上腺素等血管收缩药,以保持中耳腔、鼻旁窦与外界畅通。④外伤导致的脑脊液漏患者,因空气气压低会增加漏出量,要用多层纱布加以保护,防止逆行感染。⑤昏迷患者因眼球外露,导致角膜干燥,要定时滴氯霉素眼药水、眼膏及眼球上覆盖无菌纱布加以保护。⑥保护伤病员身上的各种导管通畅。⑦注意机舱内清洁消毒工作。



思考题

一、简答题

1. 简述院外急救的特点?
2. 简述院外急救的任务?
3. 简述院外急救的原则?
4. 简述现场伤病员急救的标志?



第三章 医院急诊科设置与管理



学习要点

1. 掌握急诊科的工作制度、急诊护理工作的特点与要求。
2. 熟悉急诊科的工作特点、工作程序。
3. 了解急诊科的设置、设备管理。



第一节 急诊科的任务与设置

一、急诊科的任务

急诊科(室)是医院中急重症患者最集中、病种最多、抢救和管理任务最重的科室,是所有急诊患者入院治疗的必经之路,主要任务有:

1. 急诊急救护理 急诊科的首要任务是为患者提供所需要的紧急、迅速、全面、有效的急诊护理服务,对急症患者提供及时的救护措施,以减少伤残和死亡率,包括配合、参与院前救护及重症监护工作。

2. 灾难事故救护 在保障急诊工作正常运转的前提下,医院急诊科人员还要随时承担意外灾难事故的抢救工作。

3. 急救护理管理 为确保急诊抢救工作顺利进行,要建立健全以岗位责任制为核心的各项规章制度以及各种危重症的抢救程序,建立、完善急诊服务体系(EMSS)和急诊科的建设。

4. 急救护理科研 急诊科可获得重症患者病情改变的第一手资料,对病情与护理效果可以最准确地观察和得到最快的反馈。因此,急诊科护士应注意资料的积累,开展有关急症病因、病程、机制、诊断治疗及护理方面的研究工作,从而提高急诊急救的工作水平,同时为护理教学和科研工作的开展提供依据。

5. 教学培训 采取多种形式对急诊护士进行理论指导和技术指导,加强对护士的实习带教,加强国内、国际学术交流,不断提高急诊护士的专业知识和急救护理技术水平,以有利于急诊人才的培养成长。

二、急诊科的设置

(一)急诊科的基本设置

医院急诊科接治的多是突发性急危重症患者,一切医疗护理均以“急”为中心,根据这些特



点,急诊科的设置与布局要以应急出发。急诊科应设在医院门诊部最显著的位置,相对独立,场地宽敞,白天应有指路标志,夜间应有鲜明的指示路灯,有独立的进出口,门口应方便汽车出入与停放,门厅要宽敞,可进入运送患者的推车和轮椅,设挂号室和分诊室。对于一般急诊患者,可安排到各科室的急诊诊疗室就诊,对于危重患者,可直接送入急诊抢救。

急诊科的走廊和诊室应有充足的光线和足够的照明,空气流通,通道宽敞,两侧围墙上应安装扶栏,方便患者行走。围墙、地面应便于清洁打扫,地面要防滑,防止患者跌伤。

一般情况下,500张床位以下的医院设急诊室,500张床位以上的医院设急诊科。急诊科的面积应与全院总床位数及急诊就诊总人次成合理的比例。因此,急诊应有以下设置。

1. 分诊室

(1)分诊室的任务:根据病情分诊,尽快疏导患者,安排其到有关诊室就诊,对分诊的正确率要进行统计,定出相应的要求、标准,因此,需要有经验的护士担任。

(2)分诊室的设施:①有条件的分诊室应设有电话、对讲机、呼叫器、信号灯,以便及时找到医生和护士;条件许可的医院可安装闭路电视监控装置。②备有分诊登记本、各种登记表格、常用检验单。③常备各种检查物品,如血压计、听诊器、体温计、压舌板、手电筒等。④备有检查床、候诊椅等。

2. 急诊诊断室 设内科、外科、妇科、儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科等专科诊室、急诊诊断室的医生由专职与各科派值班医生轮流担任相结合,护士应设专职人员。室内除有必要的检查用品和设备外,还需按各科特点备有急诊所需的器械与抢救物品,并做好定期清洁消毒、检查和维护。儿科急诊室还要与成人急诊室分开设置,有单独的出入口,避免交叉感染。

3. 急诊抢救室

(1)应有足够的空间,充足的照明:便于各种抢救活动。

(2)常规用物:输液架、各种型号的无菌注射器、无菌敷料包、无菌手套、氧气装置、各种标本采集瓶、备皮用物、胃肠减压器、血压计、体温计、各种导管(如吸氧管、三腔管、导尿管等)、开口器、舌钳、立式灯、压舌板等。

(3)急救仪器及设备:电动吸痰器、心电图机、心电监护仪、除颤仪、呼吸机、电动洗胃机、血压监测仪等。

(4)无菌急救治疗包:气管插管包、气管切开包、静脉切开包、腰穿包、胸穿包、腹穿包、清创缝合包、开胸包、导尿包等。

(5)急救药品:抢救室常规备有一定数量的各种常用急救药品,主要包括:①中枢神经兴奋剂:尼可利米、回苏灵、山梗菜碱、佳苏仑等。②拟肾上腺素药:肾上腺素、多巴胺、去甲肾上腺素、异丙肾上腺素等。③强心药物:地高辛、西地兰、毒毛旋花子甙K等。④抗心律失常药物:利多卡因、溴苄胺等。⑤血管扩张药:硝普钠、硝酸甘油、酚妥拉明、罂粟碱等。⑥利尿剂:速尿、氢氯噻嗪、丁尿胺片。⑦激素类:地塞米松、垂体后叶素、泼尼松等。⑧抗胆碱药:阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱等。⑨镇痛、镇静药:哌替啶、吗啡、苯巴比妥、地西洋等。⑩解毒药:纳络酮、氯磷啶,解磷注射液、美蓝等。(11)止血药:止血敏、立止血、维生素K₁等;纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱药物及常用的液体,如各种浓度的葡萄糖注射液,林格溶液,生理盐水,右旋糖酐等。各



种药品应标签清晰,分类存放,并做到定位置、定数量、定人管理、定期补充。毒、麻药品应加锁保管,并列入交班内容。

4. 观察室 医生根据急诊患者的病情认为可暂不住院治疗,但回去又可能发生意外者、或只需简单的处理者及一时难以确诊的患者,可暂留在急诊观察室观察和进行短期治疗。留观病房的设施同普通病房,护理工作和护理管理同普通病房。

5. 治疗室 治疗室一般包括准备室、注射室、处置室、急诊输液室,位置应设在抢救室的中心部位,输液室内应有一定数量的床位,以供临时需要输液治疗或短期系统治疗的患者使用。

6. 急诊重症监护治疗病房(EICU) EICU 是根据急诊科工作的性质和特点而设立的,收治严重创伤、随时有生命危险或病情危重、不易搬动、需要监护抢救的重症患者。EICU 和院前急救、急诊科急救形成了一个连续的、不间断的救护系统。

7. 急诊手术室 急诊手术室的位置应与急诊抢救室相比邻,急诊外科的危重患者,经抢救和初步处理后,对需要手术挽救生命者,应安排在急诊手术室手术。手术室的设置应与医院手术室的要求相同,但每个医院应根据自身特点设置规模。

8. 隔离室 隔离室应设在分诊室附近,一旦发现有可疑传染病患者,应立即隔离,并通知相应的专科医生会诊确诊后转送专科病房或医院,并做好消毒和疫情报告工作。

第二节 急诊科护理工作程序

一、急诊科护理工作特点

医院急诊科救治的多是突发性的急、危、重症患者,一切医疗护理过程均以“急”为中心,分秒必争迅速处理,所以,急诊救护工作的特点是:

(一)发病急、时间紧

需急救的患者多为遭受突发意外伤害,突然发病或病情剧变者,其病情变化快,能否得到及时有效的救护是抢救成功的关键,这就要求急诊科的医护人员具有高度的责任心,扎实的理论知识,熟练的操作技术和丰富的临床经验。

(二)随机性大、可控性小

急诊患者的就诊时间、就诊人数、病种及其危重程度均很难预料,尤其是遇到意外伤害,如特大交通事故、火灾、急性中毒、传染病治疗等,要承担大批伤病员的抢救护理工作,因此,要保证抢救器材、抢救药品,随时处在备用,够用状态。这就要求急诊科护士必须具有应急应变能力,完善各种应急措施和设备。

(三)病种复杂,专业性强

急诊病人病种复杂,特别是疑难病例及复合伤患者常常涉及多个系统、多个脏器,多学科护理知识及技能,这时要求急诊护士自身业务素质、护理技术水平、跨学科、跨专业知识领域水平比较高,才能胜任。



(四) 涉及学科多、协作性强

急诊病人疾病谱广泛,往往需要多个学科的协调参与。特别是急危重症患者的抢救更是常常需要多名医护人员甚至是多学科医护人员共同完成抢救任务。此外,灾难医学中的一些情况发生时如空难、地震、火灾及某些群发疾病时,患者多、病情急,需要医院、交通、公安、消防等多个部门协同完成,因此要求急诊护士有高度的协调精神,才能尽快转运伤病员,避免延误病情导致伤残,甚至死亡事件的发生。

(五) 任务繁重,责任重大

急诊科服务对象是需要快速救护处置的急危重症患者,急诊医护人员长期处在紧张繁忙的环境中,精神高度紧张,劳动强度大,因此要选派体格健壮,技术水平高,反应灵敏的医护人员担任。

(六) 连续性、服务性强

由于医院工作的特殊性,医护人员是八小时上班制,二十四小时负责制,而急诊科又是医院对外开放的窗口,是医疗工作的第一线,社会接触面广,常涉及社会的方方面面,因而易成为新闻热点被公众关注,这就要求急诊医护人员要有很强的组织纪律和明确的岗位责任制,特别是和患者打交道最多的护士,要重视与患者病人及其家属的沟通与交流,懂得心理护理的艺术,使病人得到及时有效护理的同时,也为医院带来良好的声誉和社会效益。

二、急诊科护理工作流程

急诊护理工作程序是完善急诊医疗体系的一个重要内容,包括急诊接诊、急诊分诊、急诊护理处理三个方面,这些环节紧密相连,构成了急诊护理工作的基本程序。

(一) 接诊

接诊是指医护人员对到达医院急诊室的急诊患者以最短的时间,对患者的病情做出一个较明确的判断的过程。接诊时要主动、热情、耐心,准备充分。急诊患者病情急、患者来自社会的各个阶层、文化修养、个人素质、心理状态、经济条件、社会背景各不相同,对疾病的认识和承受能力也有很大的差异,因此,能否熟练的应用接诊技巧,可直接反映医护人员的技术水平。

(二) 评估

评估就是运用体格检查的基本方法对患者的病情做出初步的诊断。护理评估应掌握的原则是突出重点、紧急评估、快速分类。常用的方法是视、触、叩、听、嗅,不但要发现现存的有关病情的资料,还要注意不可忽视的潜在的危险因素。体检的重点首先是生命体征的观察及测量,特别是意识状态、瞳孔大小、对光反射及灵敏度、皮肤的颜色、气道是否通畅及有无外伤等;分清轻重、急缓。

(三) 分诊

是指根据患者主诉及主要症状和体征,对患者病情进行初步诊断,安排救治程序及分配专科就诊技术。分诊护士根据病人的主诉,主要症状和体征,依据自身扎实的专业知识、丰富的临



床经验及对各种急症的鉴别判断能力,灵活的应变能力,通过观察、询问、体检获取信息,初步了解患者的病情,决定进一步处理的顺序。

分诊应尽可能的迅速、准确、细致、全面、对分诊患者要及时安排患者到相应的专科诊室就诊。对等待分诊的患者,不可掉以轻心,要随时进行病情观察,必要时重新评估,紧急处理。遇有急危重症患者,应先抢救再挂号,争取最佳时机。如有分诊不准确患者,应及时加强医护、护患之间的沟通,向患者耐心解释,并及时联系相应的医生,避免出现推诿现象。

以上过程是紧密联系的。在这个过程中,要求急诊护士有“急诊意识”,即意识到这是突发事件,意识到患者的病情会突然变化,意识到患者的迫切需求,意识到急诊护士的责任。

(四)抢救监护与护理

经过预检分诊、危重患者立即送入抢救室或急诊重症监护病房(EICU)进行加强监护治疗。一般急诊患者,遵医嘱给予相应的治疗护理。但要密切观察病情变化,以防发生意外。

(五)转诊

对需要专科治疗或需转院的患者,要做好衔接工作,以保证治疗护理的连续性,对于经急诊治疗护理康复出院的患者,应重点做好健康宣教工作。

三、急诊科接诊范围

(一)内科

- 1.呼吸、心跳骤停。
- 2.各种危象:如甲亢危象,高血压危象等。
- 3.急性心力衰竭、心肌梗死、心绞痛、严重心律失常。
- 4.急性发热、腋温在 38°C 以上或中暑。
- 5.急性呼吸困难,如窒息。
- 6.急性内出血:如大咯血、呕血、便血等。
- 7.急性炎症:如重症肺炎、急性胰腺炎、急性脑膜炎等。
- 8.昏迷、晕厥、癫痫大发作、休克等。
- 9.脑血管意外:如脑血栓、脑出血、高血压脑病等。
- 10.各种中毒:如食物、药物、气体中毒等。
- 11.重症血液病:如白血病、再生障碍性贫血。

(二)外科

- 1.急腹症:如肠梗阻、肠套叠、阑尾炎等。
- 2.各种创伤:如脑、胸、腹、四肢等部位的切割伤、刺伤、撕裂伤、烧伤及骨折、扭伤、动物咬伤等。
- 3.急性感染:如败血症、急性乳腺炎。
- 4.急性泌尿系统疾病:如急性膀胱炎、急性尿潴留等。



(三) 妇产科

1. 流产、功能性子宫出血、产前大出血、前置胎盘等。
2. 急性腹痛：异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、黄体破裂、子宫破裂等。
3. 急性损伤：外阴及阴道损伤、子宫穿孔等。
4. 急性发热：产褥感染、急性附件炎等。
5. 急产、难产、早期破水、脐带脱垂等。

(四) 儿科

1. 急性呕吐、腹泻伴脱水。
2. 突发剧烈腹痛。
3. 新生儿体温不升。
4. 其他参照内科急诊范围。

(五) 五官科

1. 外伤：眼擦伤、挫伤、口腔颌面部外伤，下颌关节脱臼等。
2. 急性炎症。
3. 出血：如鼻出血、眼内出血。
4. 误入异物。

(六) 皮肤科

急性皮炎、荨麻疹、带状疱疹、蜂蜇伤、急性过敏性疾病等。

(七) 其他

自缢、淹溺、电击伤、烈性传染病可疑者。

第三节 急诊科护理工作管理

一、急诊科的人员管理

根据各医院急诊任务的轻重及医院人员总编制情况确定急诊科的编制。医院业务主管院长或护理副院长分管护理部，急诊科护士长接受护理部和急诊科主任的双重领导，护士接受科主任和护士长的双重领导，以护士长为主。

大型综合医院急诊科应设副主任护师一名，主管护师、护师人员占护理人员 20%~30%。护理人员应配备充足，负责护送患者检查、拍片、送化验标本、取药等。以减少中间环节，实施全程服务。

(一) 对急诊医师的要求

急诊医师必须具有 3 年以上的临床工作经验，责任心强，服务态度好，经医务处(医教部)审核后方可加入急诊工作。凡值急诊班的医师应做到服从急诊科领导，随叫随到，及时参加急诊



抢救工作,进修医师和实习医生不得单独值急诊班。实行急诊医师轮转制的急诊科(室)应以半年至一年轮转为宜,要注意新老医生搭配,保证急诊科医师专业结构的合理性和工作的连续性,以保证急诊工作质量。

(二)对急诊科护士的要求

护士是急诊医疗体系中的主力军,是抢救治疗方案的实施者和执行者,医生所制定的治疗和抢救方案固然起到决定性作用,但关键在于确切地执行所指定的方案。因此急诊科护士要具备:

1. 高度的责任心和同情心

急诊工作的特点决定了从事急救工作的医护人员必须具有高度的同情心和责任感,工作中任何一个小小的疏忽,都可能使患者付出生命的代价。每个护士都应该认识到急诊护理工作的重要性,认识到抢救时机对患者生命的重要性,加强责任心,全心全意为患者服务。

2. 扎实的知识和精湛的技术

急诊工作涉及临床内、外、妇、儿等各科,且病情危重多变,因此要求急诊护士必须具备扎实的专业知识,精湛的技术,敏捷的思维能力和娴熟的技能操作,才能适应急诊救护工作。

3. 健康的体魄和良好的心理素质

急诊工作的紧急性、突发性,要求急诊医护人员必须具有健康的体格,才能应对长途跋涉的颠簸、伤员搬运、连续工作等超大负荷的工作强度。充满风险与挑战的工作性质又要求急诊护士必须具备良好的心理素质,特别是面对突发事件的大批危重伤病员的急救,要具有处变不惊、临危不乱的应急能力。

4. 较强的沟通和协调能力

护士担负着医生、患者、患者家属之间的联络协调工作,还需经常与社会和其他临床科室进行联系和协调,因此只有具备了良好的沟通和协调能力,才能够更好开展工作,使患者得到及时的救护,提高抢救成功率。

5. 一定的管理能力

要保证抢救工作的顺利进行,各种抢救物品、药品,设施要及时到位,急诊护士就要保证用药准确及时,药品、物品放置有序,标记清楚,各种抢救仪器和设备始终处于良好状态。

(三)急诊科主要工作制度

1. 预检分诊制度

(1)预检分诊工作应由工作经验丰富的护理人员承担,认真做好患者的接待工作。必须坚守工作岗位,不得随意脱岗。

(2)分诊护士首先对病情评估,要简明扼要地询问病情,重点观察生命体征,进行必要的体检及检验并记录,以便合理分诊,做到不漏诊,急诊分诊准确率应达90%以上。如分诊遇到困难,请有关医生协助。

(3)分诊护士应掌握急诊就诊标准,根据病情的轻重缓急迅速分流患者,指导就诊。危重患者直接送抢救室救治,后补办手续,并迅速通知有关医生和护士,做好病情及抢救记录。



(4)做好传染病的预诊,对可疑传染病患者或传染病患者,应安排到隔离室就诊,避免交叉感染。对传染病患者,应填写传染病疫情报告。

(5)对于交通、创伤、中毒等涉及刑事、民事纠纷者或有成批伤病员时,应通知科主任、护士长等有关领导及部门(如医务科、保卫部门等)。

(6)做好急诊就诊的登记工作,尤其是患者就诊时间、首诊医生姓名、所属科室、接诊时间和患者转入、转出或死亡时间。要求记录及时、准确、完整。

2. 首诊负责制度

(1)凡是第一个接待急诊患者的科室和医生为首诊科室和首诊医生。

(2)遇到病情复杂的多发伤、跨科疾病、不能明确诊断的患者时,首诊医生和首诊科室应首先承担诊治责任,请上级医生分析病情,作出肯定性指示;或邀请其他科室会诊、协助治疗。在没有确定接收科室前应全面负责,严禁相互推诿患者。

(3)首诊医生确定患者应属其他科室时,在询问病史、体检、进行必要的急诊处理后,写好病历,请有关科室会诊或转科,也可通知分诊后更改科别。

(4)如需要转院,在病情允许搬运的情况下,由首诊医生和科室向主管部门(医务处或业务主管院长)报告,落实接收医院后方可转院。

3. 急诊留观制度

(1)需留观患者,由接诊医生通知观察室值班医生和护士,并与值班医生和护士当面或床头交代病情。

(2)留观患者由值班医生负责诊治。填写观察病历,及时记录病情变化及处理经过。每天早晚各查房1次,病情有变化时随时检查,避免贻误病情。并及时向患者家属交代病情变化,取得患者及其家属的合作。

(3)值班护士要主动巡视,密切观察病情变化,明确观察项目和注意事项,积极进行治疗和护理,并及时记录向医生反映患者情况。

(4)建立交接班制度,应到患者床旁交换,共同观察患者。

(5)对于与法律有关的患者(如交通事故、意外伤害、中毒等),要秉公救护,准确无误地记录病情,并及时与有关领导和部门联系。

(6)患者需离开观察室时,应有医嘱决定患者离院或住院治疗。离开观察室时,医生和护士应交代病情和注意事项,并结算费用。患者病历应归档或送病区。

4. 急诊抢救室制度

(1)急诊抢救室是抢救危重患者的场所,设备应齐全,制度应严格,做到能随时投入抢救工作。抢救中,各有关科室必须积极配合。患者需转入病房时,应及时收治,严禁推脱。急诊抢救室有呼救权和转诊权。

(2)各类仪器保证性能良好,随时备用。急救物品一律不得外借,值班护士每班交接,并有记录。

(3)参加抢救的医护人员要严肃认真,动作迅速准确。抢救过程中的指挥者应为在场工作人员中职务最高者;医生、护士在场时应以医生指挥为主。各级人员必须听从指挥,既要明确分工,又要密切合作。指挥者应负指挥之责。



(4)抢救工作中遇有诊断治疗技术等方面困难时,应及时请示上级医生,迅速予以解决。一切抢救工作应做好记录,要求准确、清晰、扼要、完整,并且必须注意执行时间。

(5)医护密切配合,共同完成所承担的任务。口头医嘱要求准确、清楚,尤其是药物的使用,如药名、剂量、给药途径和时间等。护士在执行口头医嘱前必须复述一遍,避免有误,并及时记录于病历上,事后由医生补写医嘱及补开处方。

(6)各种急救药物的安瓿、输液空瓶、输血空瓶等均应集中放在一起,以便统计和查对,避免医疗事故。

(7)遇有大批需抢救的患者同时就诊时,应立即报科主任和院领导,以便及时组织抢救。

(8)患者经抢救后,应根据情况留在监护室或观察进一步处理,待患者病情稳定后,送有关科室继续治疗。护送患者前应电话通知接收科室。

(9)抢救室除工作人员外,一切非工作人员未经许可禁止入内。抢救室物品使用后要及时处理、补充,保持清洁、整齐、完整。

(10)对已住院的急救患者要定期追踪随访,不断总结抢救经验。

5. 急诊监护室工作制度

(1)监护室是抢救并监护危重病患者的场所,室内需保持清洁、肃静,非有关人员未经批准不得入内。

(2)监护室的急救仪器、监护设备要按操作规程使用。操作前要熟悉仪器性能和注意事项,用后要整理放回原处,关好电源。

(3)贵重仪器要建立使用登记卡,遇有故障速报护士长及科主任,并通知专业人员检修。

(4)严格按医嘱对危重病人执行监护。监护过程中,必须认真详细填写监护记录表,发现病情变化及时报告医生处理。

(5)监护人员在工作时必须集中精力,不得擅离职守,如需暂时离开,必须有他人替换。

6. 出诊抢救制度

(1)凡接到呼救信号时,应由急诊科派出救护车迅速奔赴现场抢救。

(2)抢救车内应配备急救箱、必要的抢救仪器,有条件者应配备心电监护等装置。出诊医生、护士、担架员随车出诊。

(3)根据患者情况就地抢救或运送途中抢救。

7. 差错事故管理制度

(1)科室内应设有差错事故登记本,差错发生后由本人或发现差错者负责登记,并由护士长签字。

(2)登记时应将日期、时间、患者姓名、床号、诊断及差错经过、性质、责任者填写清楚。

(3)护士长每日检查差错事故登记本,如为一般差错由护士长在交班会上向全体人员进行教育。

(4)严重差错事故发生后,本人应立即口头向护士长报告,采取紧急措施进行抢救以消除由于差错事故造成的不良后果,并及时报告上级领导,重大医疗事故立即报告主管院长。

(5)发生严重差错事故的各种有关记录、检验报告及造成事故的药品、器械均应保留,不得擅自涂改销毁,必要时保留患者的标本以备鉴定。

(6)差错事故发生后,按情节及性质组织班组或科室人员进行讨论,分析原因,提高认识,吸



取教训,改进工作,并根据事故性质提出处理意见。

(7)发生差错或事故的个人按规定上报。有意隐瞒,事后经他人或领导发现,应按情节轻重给予处理。

(8)差错事故于每月初填写报告表,上交护理部。

8. 药品管理制度

(1)根据急救工作的特点,配备一定数量的药品,便于抢救及应急时使用。

(2)根据药品种类及性质分别放置,注明药物名称、剂量、数量等,便于使用保管。

(3)定期清点、检查、防止药品过期。

(4)抢救药品必须每日检查,用后及时补充,以保证使用。

(5)毒、麻药品应有专人加锁保管,每班进行交接,并做记录。

9. 救护车使用制度

(1)救护车专供抢救运送患者使用,不得调做他用。

(2)司机要轮流值班。救护车一般由门诊或急诊科调度。

(3)救护车平时停放于急诊科附近,做好检修保养和必要的消毒工作,保证及时有效使用。

(4)建立车辆出车登记制度,每次出车均应将出车地点、开车时间、到达时间、到院时间、公里数、耗油量等登记清楚。

(5)救护车外出救护应按标准收费。

二、急诊科设备管理

当代急救医学的发展,使新型设备、器材的应用越来越多,而现代化的急救监护设备在急诊工作中发挥着重要作用,如何充分发挥仪器设备的功能,又能延长寿命是管理的基本目的。

(一)主要仪器及设备

1. 抢救及检查设备 呼吸机、心电图机、心电监护除颤仪、血气分析仪、B超机、X线机、洗胃机、供氧装置、吸引器等。

2. 手术器材 麻醉机、多功能手术床、无影灯、显微镜、激光刀、各类急救手术器械。

3. 观察监护设备 床边监护仪、呼吸监护仪、输液泵、护理单元(充气床垫、升降温机、输液治疗车等)。

4. 救护车设备 便携式监护仪、便携式氧气瓶(袋)、吸引器、急救药品箱、林格溶液、生理盐水、5%糖盐水溶液、10%葡萄糖溶液、5%碳酸氢钠溶液、低分子右旋糖酐,20%甘露醇等。

5. 其他抢救器材 气管插管、一次性气管切开包、心肺复苏器、简易呼吸器、固定用骨科夹板、静脉切开包等。

(二)仪器的管理要求

1. 医院的医疗设备处(科)对急诊科的医疗设备应有仪器总账,并储存于计算机中,科内设有分户账,账目要符,尤其对万元以上设备要有摄影保存。

2. 除科护士长负责外,另设一名总务护士负责设备的管理清点、联系检修、定时维修等。



3. 所有的仪器设备做到定位、定人、定时、定班负责日常清查检测,以及使用后的消毒安装,如有损坏,立即报告,及时排除故障,随时保持备用状态。

4. 所有复杂贵重仪器均应制定出仪器操作规程,写出书面文字卡挂在仪器旁,以便操作。

5. 每次使用仪器后要切断电源(除需充电设备外),擦拭干净,并进行必要的消毒处理,消毒后及时安装,以备急用。

6. 操作人员应经过培训,掌握正确的使用方法,适应症和注意事项,未经培训的人员不得随意使用仪器,以防损坏。

(三)仪器的维修和保养

1. 医疗设备管理人员要定人、定科、定期的负责维修和保养。

2. 仪器若有故障,由总务护士负责联络,修理人员到科室或送到修理室进行检修。

3. 检修后的仪器必须正常后方可投入使用。

4. 平时保养要做到“五防一定”:即防潮、防震、防热、防尘、防腐蚀、定期上油。

(四)消耗和固定设施的管理

1. 消耗医疗用品的管理

由于急诊患者的数量和病情的不可预测性,所以消耗性物品的领取也是不可预测的,因此:

(1)采取整分合的原则。基本基数科内固定,各急诊单元以各自任务的侧重不同领取相应物品,并固定基本数量,一旦某单元物品不够,其他单元可集中起来支援配合。

(2)总务护士到供应科领取和保管物品,每日下午负责各急诊单元的物品发送工作并登记。

2. 固定设施的管理

固定设施主要是指急诊的管理系统、电路系统等。

(1)各单元的主班负责每日检查管道系统的正常与否,特别是中心氧气和负压吸引管道的检查。如有异常通知总务护士,让相关科室及时检修。

(2)要定期更新和维修。

三、急诊科感染管理

急诊科的工作环境特点是人员密集、患者流动性大、年龄跨度大、开诊时间长、病种广泛复杂、介人性操作相对较多、急救室与监护室的危重患者多、患者易患性高等。急诊科的特殊性更加突出了预防与控制医院感染的重要性,所以急诊科医院感染管理工作的宗旨、目的是:采取有效的方法预防与控制疾病的交叉感染,最大限度地降低医院感染的发生率。

(一)医院感染的预防与控制

1. 急诊科应合理布局

医院是永久性的建筑,在新建与改造急诊科时应考虑预防医院感染的有关因素。选择地点时应考虑远离托儿所、幼儿园及中小学,营造良好的就医环境;布局应从预防医院感染的角度出发,尽量合理、方便,应严格区分清洁区、准清洁区与感染区;应设置隔离诊室,安装方便工作人员洗手的设施,注意保证室内通风;儿科急诊应设有单独出入口和预诊室,不与成人急诊混合收



治;肠道急诊应设置在肠道门诊内,有单独出入口、挂号、诊室、治疗室、抢救室、观察室、药房、检验室、收费室与卫生间等,设有显著的肠道急诊标志;应加强污物、污水的无害化处理。所有的医疗废弃物应该分类装袋封口,送至指定地点进行统一处理。

2. 设立医院感染管理组织

急诊科应建立医院感染管理小组,由科主任与护士长主要负责,兼职医生与护士各1名为小组成员。其工作职责为:

(1)定期培训全科工作人员进行医院感染知识的业务学习,加强医护人员对医院感染的认识与责任心。

(2)制订和不断完善控制医院感染的各项规章制度与切实可行的监控措施,比如消毒隔离制度、重点部门(治疗室、抢救室、手术室、ICU等)的工作制度和消毒保洁措施、医院感染分类诊断标准与传染病登记制度等。

(3)定期检查评价各部门与各类人员执行制度的情况,发现问题应及时提出对策,使预防与管理制达到规范化要求。

(4)监督本科室抗菌药物的使用情况。

(5)负责医院感染病例的监测、登记报告,能够采取有效的措施,控制与降低医院感染的发生率。

3. 落实消毒隔离措施

(1)环境的清洁与消毒 急诊科的各部门应定期进行清洁与消毒,保证就诊环境空气新鲜、流通和恒温,医疗器械、物品洁净,做到无蚊蝇、无异味、无污渍。有条件的医院应安装空气通风装置与空调。

(2)严格消毒与隔离管理 医护人员应增强无菌观念,加强各项无菌技术的操作,这是避免发生医院感染的重要措施之一。护理人员应加强无菌物品的管理,确保无菌物品的合格率为100%,同时应加强急救器械设备清洁和消毒的管理。急救器械与监护仪器种类多,使清洁消毒工作存在一定的难度,应采取切实有效的方法,在不损害仪器、设备性能及零部件的前提下,达到消毒、清洁、灭菌的效果,以保证能够安全、可靠地使用。对于传染病患者、死亡患者、出院患者的用物及床单位,进行终末消毒处理后才可使用。

(3)加强医护人员的自我防护 急诊科的医护人员每天都会接触各种污染物,具有较高的感染危险性,所以应重视自身防护。应制订医护人员自身防护措施,比如定期体检、注射疫苗等。对患有急性感染性疾病如呼吸道感染、皮肤感染、腹泻等疾病的医护人员应立即停止工作或者重新调整工作。护理人员在进行各种技术操作、手术、护理患者等各个工作环节中应采取科学的防护措施,比如处置血液与清洁血液污染的器械时,应戴口罩、眼防护罩和手套。有条件的医院可直接使用机器清洗与消毒。工作人员手上有伤口时,应注意不要接触患者的血液、体液等;如果是工作需要,可使用器械进行操作,避免直接接触。应特别强调医护人员手的清洁与消毒,操作前后都应认真洗手,这是预防医院感染最简单易行的方法。医护人员应养成良好的卫生习惯,在保护患者的同时,也保护了自身的安全。

(二)合理使用抗菌药物

1. 合理使用抗菌药物的原则



(1)应严格掌握抗菌药物的应用指征,根据患者的生理、病理特点及药理作用等因素综合考虑,争取最佳疗效。

(2)对怀疑有感染的患者,应尽量在使用抗菌药物前正确采集血、尿、粪、痰、脓性分泌物、胸腔积液及其他体液等标本送检,进行涂片检查、培养与做药物敏感试验等。致病菌一旦确定,应及时调整用药。

(3)对于病原菌未明确的感染患者,应根据发病情况、各种检查报告与病情特点,判断属于医院外感染还是医院内感染,依据临床经验选择用药。

(4)应掌握抗菌药物的药理作用和特点,避免盲目使用抗菌药物,注意合理联合用药,达到增强疗效、延缓耐药性和降低毒性的目的。不得随意预防性使用广谱抗菌药物。

(5)应注意预防抗菌药物的不良反应。

(6)提倡个体化用药,应制订抗菌药物的给药方案与调整原则。

2. 护理人员使用抗菌药物应遵循的原则

(1)应掌握各种常用抗菌药物的药理作用、使用方法、抗菌谱、配制要求和毒副作用,注意观察使用药物后的不良反应。

(2)同时使用两种以上抗菌药物时,不宜配置于同一溶液中进行静脉注射、静脉滴注以及肌肉注射。一般情况下,抗菌药物应溶解于指定溶液中。注意配伍禁忌,比如青霉素内的 β 内酰胺环可使庆大霉素失去部分活性从而降低疗效,所以青霉素不宜与庆大霉素混合使用。

(3)应严格按照有关规定做抗菌药物过敏试验。应询问三史(用药史、家族史、过敏史),药物配制剂量、注射方法和部位应准确,认真观察皮试结果。对结果怀疑为阳性的患者,应在其对侧上肢前臂用生理盐水做对照试验,或者请护理同行及医生协助鉴别。

(4)应遵照医嘱,按时准确给药。护理人员应根据治疗的要求认真执行医嘱,抗菌药物须间歇给药或者连续给药,现配现用,并在指定时间内将药物输入。

(三)加强医院感染监测

急诊科医院感染的监测,主要是对医院感染和感染部位发病率、高危因素、高危人群、抗生素使用等的监测。急诊科的抢救室、手术室等都属高危环境,是医院感染的重点监测部门,应采取各种有效措施,以达到控制住院患者不发生医院感染的目的。对急诊科重点部门的空气、物体表面与医护人员的手进行有目的的监测,找出工作中消毒隔离存在的问题与薄弱环节,及时发现和控制可能造成医院感染发生的因素,做到防患于未然。



思考题

1. 简述急诊科的工作特点?
2. 简述急诊科护士的要求?
3. 何谓仪器保养的“五防一定”?